

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

62

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Armelle PASSERAT de la CHAPELLE, née RENARD,

le 2 Octobre 1942, à Annecy (Haute-Savoie).

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PULPITES KÉRATOSIQUES ET FISSURAIRES.
A PROPOS DE 18 OBSERVATIONS.**

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1971

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE LARIBOISIÈRE - SAINT-LOUIS

ANNÉE 1971

N°

THÈSE

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Armelle PASSERAT de la CHAPELLE, née RENARD,

le 2 Octobre 1942, à Annecy (Haute-Savoie).

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES PULPITES KÉRATOSIQUES ET FISSURAIRES.
A PROPOS DE 18 OBSERVATIONS.**

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.

DUPUYTREN - COPY

9, Rue Dupuytren

PARIS (6^e)

1971

UNIVERSITÉ DE PARIS VII
FACULTÉ DE MÉDECINE - HÔPITAL SAINT-LOUIS

THÈSE

MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 1971

Par M. le Docteur en Médecine

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE
DES PULPITES KÉRATOSES ET FISSURAIRES
À PROPOS DE 18 OBSERVATIONS



Présentée par M. le Docteur en Médecine

A mes Parents

En témoignage de ma profonde affection
et de ma grande admiration.
Avec tous les remerciements que je leur dois.

A mon Mari

A mes Enfants

Avec tout mon amour.

A la mémoire de ma Soeur,

A toute ma Famille,

A tous mes Amis.

A mon Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur R. DEGOS

Professeur de Clinique des Maladies cutanées
et syphilitiques de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de ma profonde gratitude pour l'enseignement
qu'Il m'a dispensé dans son Service et le
témoignage de ma réelle admiration.

A mon Maître,

Monsieur le Docteur P. de GRACIANSKY
Médecin des Hôpitaux de Paris,

qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de toute ma reconnaissance
pour son enseignement et de mon profond
respect.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556001_0027

A mon Maître,

Monsieur le Docteur M. BOLGERT
Médecin Honoraire de l'Hôpital Saint-Louis.

Avec mon respectueux dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. CIVATTE

En témoignage de ma profonde admiration

A Monsieur le Professeur Agrégé H. TOURAINE

En témoignage de ma vive gratitude pour
l'enseignement qu'Il m'a dispensé, et de
mon respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur M. TAIEB

Chef de Laboratoire à l'Hôpital Saint-Louis.

Avec toute ma reconnaissance pour l'aide
attentive et bienveillante qu'il m'a
apportée pour la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Docteur R. LECLERCQ

A Monsieur le Docteur M. ARROUY

En remerciement de leur précieux enseignement.

A Monsieur le Docteur LE SOURD

A Monsieur le Docteur GAUTRON

En témoignage de ma vive reconnaissance
pour la bienveillance qu'ils m'ont
toujours témoignée.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES PULPITES KERATOSIQUES ET FISSURAIRES

-:-:-:-:-

A PROPOS DE 18 OBSERVATIONS

-:-:-:-:-

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Lors de l'extension des doigts, on note l'apparition d'un halo blanc d'ischémie barrant les ongles sur toute leur largeur.

La malade se plaint par ailleurs, de sensations de cuisson dont la survenue concorde avec celle de la dermatose.

L'examen dermatologique général ne décèle aucune autre manifestation pathologique.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

a) - Pouvoir histaminopexique (P.H.P.)

La séro-agglutination de l'histamine sur latex est nettement diminuée : 1/10ème (taux normal : 1/320ème à 1/1280ème).

b) - Radio cervicale : normale.

c) - Tests :

1° - Epicutanés pratiqués systématiquement dans le service.

Bichromate	Eau de Javel	) Tous négatifs
Savon de Marseille	Caoutchouc	
Paraphénylènediamine	Thérébentine	
Nickel	Cobalt	

- Tests épicutanés pratiqués avec les divers produits ménagers ou cosmétiques utilisés par la malade, sont également négatifs.

2° - Tests intradermiques :

antipyogèbes	) Tous négatifs
candidine	
epidermophyton	
trichophyton	
poussières	

d) - Biopsie pulpaire :

Epiderme : légèrement épaissi hyperacanthosique, papillomateux, granuleuse normale, pas de spongiose, pas d'exocytose, orthokératose en surface.

./...

Derme : rares trainées inflammatoires pericapillaires dans le derme superficiel.

- Aucune anomalie des canaux sudorifères intraépidermiques.

V - EVOLUTION. -

Depuis 3 ans, lors des vacances d'été, la dermatose cède complètement en dépit de la poursuite des travaux ménagers, avec les mêmes produits et rechute systématiquement 15 jours environ après le retour à Paris.

VI - TRAITEMENT. -

Une cure de 6 injections intramusculaires d'allergoglobulines pratiquées à une semaine d'intervalle, plus des topiques locaux à base d'antiseptique de goudron et de corticoïdes n'apportent qu'une amélioration temporaire surtout sur les crevasses.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 2

-:-:-:-:-

Madame V. Liliane - 26 ans - Profession : Mécanographe.

I - ANTECEDENTS. -

- 1) - personnels : Le malade ne présente aucun antécédent pathologique.
- 2) - familiaux : Le père de Mme. V. est asthmatique ainsi qu'une de ses filles, âgée de 6 ans.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

Il y a un an, apparition d'une dermite localisée à la pulpe de l'annulaire droit (malade droitier) à type d'érythème avec sécheresse cutanée sans vésicules ni pustules.

III - ASPECT ACTUEL. -

La malade présente actuellement des lésions discrètement kératosiques et érythémateuses mal limitées siégeant :
./...

- 1) - à droite : au niveau de la pulpe du pouce et de l'annulaire où l'épiderme est profondément crevassé avec extension plus discrète sur les faces palmaires et latérales des phalanges en regard.
- 2) - à gauche : atteinte érythémato-fissuraire et douloureuse limitée à la pulpe du majeur.

A la palpation des pulpes atteintes, on perçoit la même sensation de rebond très caractéristique.

Présence d'une barre d'ischémie unguéale lors de l'extension des doigts atteints, sans autres signes objectifs : ni onyxis, ni perionyxis.

Absence de signes sensitifs subjectifs accompagnant les lésions.

Examen dermatologique :

- discret aspect blanchâtre de mycose interdigitale au niveau du dernier espace du pied droit, mais le prélèvement n'a pas été effectué.
- aucune autre affection cutanée décelable.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

- 1) - Séro-agglutination de l'histamine sur latex : diminuée : 1/40 ème
- 2) - Radio cervicale : normale
- 3) - Tests
 - a) - Epicutanés
 - systématiques suscités : négatifs
 - aux divers produits manipulés par la malade : négatifs.
 - b) - Intradermiques suscités : trichophyton : lecture immédiate : ++
lecture à 48 h. : négative.
- 4) - Biopsie pulpaire :

Epiderme légèrement épaissi, hyperacanthosique mais peu papillomateux.

Granuleuse normale.

Hyperkératose orthokératosique en surface

Pas de spongiose ni d'exocytose.

Aucune anomalie des canaux sudorifères intra-épidermiques. ./...

V - EVOLUTION. -

Cessation complète et spontanée des lésions lors des vacances, bien que poursuivant les travaux ménagers avec les mêmes produits.

Rechute sans cause apparente deux mois environ après son retour à Paris.

VI - TRAITEMENT. -

- | | | |
|---|---|---|
| 1) - Cure d'allerglobulines | } | résultat pratiquement nul au bout de deux mois. |
| Vasodilateurs PO | | |
| Pommade aux corticoïdes | | |
| 2) - Reprise d'un traitement purement local : | | |
| Goudron | } | amélioration sensible |
| Corticoïdes | | |
| Vitamine A | | |

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 3

-:-:-:-:-:-:-:-:-:-:-

Madame D. Jeanine - 24 ans - Concierge.

I - ANTECEDENTS. -

- 1) - personnels : Aucun fait pathologique n'est relevé dans les antécédents personnels de la malade.
- 2) - Familiaux : l'interrogatoire demeure également négatif à ce sujet.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

Début il y a 3 ans, sans circonstances apparamment déclenchantes, par l'apparition, au niveau de la face externe de l'éminence thénar droite, la malade étant droitnière, d'un placard érythématovésiculeux, prurigineux, rapidement aggravé de crevasses.

./...

III - ASPECT ACTUEL. -

- 1) - Main droite : dermite sèche, fissuraire et douloureuse atteignant
 - les cinq pulpes,
 - les faces palmaires des doigts avec débord sur les faces latérales et dorsales.
- 2) - Main gauche : atteinte plus récente et beaucoup plus discrète, limitée aux cinq pulpes, sans fissures.

A la palpation des pulpes, on ne perçoit que peu nettement l'impression de rebond susdécrite.

Existence lors de l'extension des doigts d'une bande d'ischémie unguéale. très nette en regard des pulpes les plus atteintes; ce signe étant apparu de façon concomittante à la dermatose pulpaire.

Par contre, il n'existe ni onyxis, ni perionyxis.

Examen dermatologique :

- Aspect de mycose interdigitale des 2 derniers espaces au niveau des pieds, dont le prélèvement s'est révélé être négatif.
- Existence de verrues multiples du dos des mains.
- Aucun signe en faveur d'un psoriasis.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

- 1) - Sero-agglutination de l'histamine sur latex : 1/80^{ème}
- 2) - Tests :
 - a) - Epicutanés : - systématiques - négatifs
 - produits personnels - négatifs
 - b) - Intradermiques : candidine = précoce +++, tardif +
moisissures = " ++, " 0
antipyrogènes = " +, " 0
- 3) - Biopsie pulpaire :

Epiderme nettement épaissi, papillomateux avec un certain nombre de mitoses au niveau des crêtes épidermiques. Granuleuse respectée. Couche

cornée est épaissie, orthokératosique.

En profondeur aspect spongiotique en moëlle de sureau des crêtes épidermiques avec, à ce niveau, des infiltrats lymphocytaires partant de manchons péri-capillaires sous-jacents.

Au total : image histologique beaucoup plus évocatrice d'eczéma que d'un effet primaire.

Aucune altération des canaux sudorifères intra-épidermiques.

V - EVOLUTION. -

On ne note depuis trois ans aucune tendance à la rémission des lésions.

VI - TRAITEMENT. -

Echec des traitements externes antifongiques.

Amélioration nette mais récente avec association de { goudron
de { corticoïdes

par voie externe.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 4

-:-:-:-:-

Madame T. Anne-Marie - 24 ans - Vendeuse en boulangerie depuis 6 ans.

I - ANTECEDENTS. -

- 1) - Personnels : aucun antécédent pathologique ni médical
ni chirurgical
ni d'ordre allergique
- 2) - Familiaux : aucune manifestation allergique ou dermatologique.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

L'affection remonte à quatre ans et se caractérise par l'apparition, chaque hiver, de lésions à type de crevasses localisées aux pulpes

des doigts, guérissant spontanément au printemps.

III - ASPECT ACTUEL DE LA DERMATOSE. -

La malade présente lors du premier examen et après deux mois d'évolution :

1) - Au niveau de la main droite :

Une dermite non érythémateuse mais sèche avec crevasses prédominant nettement à la pulpe du pouce, avec atteinte secondaire et plus discrète des autres pulpes, de la face palmaire des doigts et de la paume.

2) - Au niveau de la main gauche :

Une simple dermite sèche des pulpes et face palmaire des doigts.

A la palpation, la sensation de rebond est nette mais localisée à la pulpe du pouce droit.

Lors de l'extension des doigts, apparition d'une bande d'ischémie ungueale en regard du pouce droit.

Absence de signes sensitifs subjectifs.

Absence de modification de la température locale.

Examen dermatologique par ailleurs normal.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

1) - Pouvoir histaminopexique = 0% (normal si supérieur à 20%)

2) - Tests :

Epicutanés : tous négatifs

Intradermiques : antipyogènes	} faiblement positifs sous réaction focale
candidine	

V - TRAITEMENT. -

1) - Essai de vasodilateurs par voie générale	} échec thérapeutique
pommade antiseptique	

2) - Cure d'allerglobuline

Traitement local par	{ goudron	La malade n'a pas été revue.
	{ corticoïdes	

./...

ailleurs la plus atteinte.

4) - L'examen dermatologique complet ne révèle aucune autre affection.

III - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

1) - Pouvoir histaminopexique = 0%

2) - Tous les tests pratiqués : épicutanés
intradermiques) se sont révélés négatifs.

IV - EVOLUTION. -

Pulpite chronique depuis plusieurs mois. On ne peut cependant préciser l'évolution de l'affection en rapport avec la cessation temporaire des activités de la malade qui n'a jamais interrompu son activité depuis le début de sa pulpite.

V - TRAITEMENT. -

Amélioration très nette à la suite d'une cure d'allergoglobulines et de massages locaux à base de goudron et de corticoïdes.

---:---:---:---:---:---

OBSERVATION N° 7

---:---:---:---:---:---

Madame T. Colotte - 32 ans - Sans profession.

I - ANTECEDENTS. -

La malade ne présente pour tout antécédent pathologique que l'apparition il y a un an environ de cervicalgies spontanées.

Sur le plan familial, on ne note aucun antécédent allergique.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

Apparition, il y a un an, au décours d'une troisième grossesse, d'un érythème discret avec dessèchement cutané et crevasses, atteignant simultanément les pulpes du pouce, de l'index et du majeur droits. ./...

Lors de l'examen de la malade, on note :

- 1) - Une extension des lésions aux pulpes des dix doigts sur le même mode fissuraire.
- 2) - Des lésions plus discrètes légèrement kératosiques de la face palmaire de tous les doigts.
- 3) - Des vésicules profondes et enchassées de type dishydrosique sur les faces latérales de l'index et du majeur des deux mains.
- 4) - Une bande d'ischémie unguéale très nette lors de l'extension des dix doigts.
- 5) - Absence de prurit mais une sensation de picotements et de "doigts morts" contemporaine de l'atteinte cutanée.
- 6) - L'examen dermatologique complet étant par ailleurs négatif.

III - EXAMENS COMPLÉMENTAIRES. -

- 1) - Radio cervicale : discrète arthrose vertébrale, avec trous de conjugaison normaux.
- 2) - Tests :
 - a) - Epidermiques : tests nettement positifs à la paraphénylènediamine
 - b) - Intradermiques : test positif { à la candidine
 sans poussée focale.
 aux moisissures

IV - EVOLUTION. -

Depuis son apparition, la dermatose n'a fait que s'étendre sans aucune tendance à la rémission, même pendant les vacances, la malade poursuivant les mêmes activités ménagères.

---:---:---:---:---:

OBSERVATION N° 8

---:---:---:---:---:---:---:---:---:

Madame M. Monique - 32 ans - Standardiste.

./...

I - DEBUT DE LA MALADIE. -

L'affection remonte à un an.

A la suite d'une violente contrariété d'ordre affectif, la malade voit apparaître un placard mal limité, kératosique et fissuraire non prurigineux siégeant au niveau de l'éminence thénar droite.

Lors de l'examen :

les lésions se sont étendues aux pulpes des dix doigts avec débord sur les faces latérales et dorsales des dernières phalanges, réalisant un discret perionyxis kératosique.

L'ischémie unguéale est très nette à l'extension des doigts.

En dehors de douleurs occasionnées par les fissures cutanées, il n'existe aucun signe sensitif à type de prurit ou de picotement.

L'examen dermatologique complet est par ailleurs négatif.

II - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

- 1) - Pouvoir histaminopexique : normal
- 2) - Tous les tests épicutanés et intradermiques sont négatifs.
- 3) - Radio cervicale normale.

III - EVOLUTION. -

On note une amélioration très nette et spontanée des lésions lors d'un arrêt de travail prolongé, bien que la malade poursuive ses activités ménagères.

Le traitement entrepris dans le service, basé sur des vasodilatateurs et des topiques locaux à base de corticoïdes apporte une légère amélioration de l'état cutané, mais une nouvelle contrariété affective survient qui entraîne une rechute brutale indiscutable.

-:-:-:-:-

./...

En quelques semaines, les lésions s'étendent à la pulpe de l'index et du pouce droit, et s'aggravent de crevasses douloureuses.

L'examen ne révèle aucun trouble circulatoire des extrémités. On ne retrouve ni onyxis ni autre affection dermatologique.

II - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

1) - Pouvoir histaminopexique : abaissé - 1/40 ème

2) - Tests :

a) - Epicutanés : test faiblement positif à la paraphénylènediamine

b) - Intradermiques : légère positivité du test à la candidine

3) - Radio cervicale normale.

III - EVOLUTION. -

On note une amélioration très nette des lésions et même une rémission complète lors des vacances , lorsque la malade cesse toute activité professionnelle et ménagère.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 12

-:-:-:-:-

Madame G. Encarnation - Employé de maison.

L'interrogatoire de la malade ne permet de retrouver aucun antécédent pathologique d'ordre allergique ou cutané, tant sur le plan personnel que familial.

I - DEBUT DE LA MALADIE. -

Tout débute il y a un an et demi par l'apparition, sans circonstances apparemment déclenchantes, de lésions rapidement fissuraires de la pulpe de l'index droit. Progressivement, la dermite s'étend à la paume et aux autres doigts de la main droite et atteint bientôt la main gauche. ./...

II - LORS DE L'EXAMEN. -

La malade présente :

- 1) - Au niveau de la main droite : une dermite sèche fendillant l'épiderme de la paume et de la face palmaire des doigts. Ces lésions débordent légèrement sur les commissures et les faces latérales des doigts sans qu'il existe de vésiculation à ce niveau. Par contre, la pulpe du pouce et de l'annulaire sont atteintes de profondes crevasses très douloureuses.
- 2) - Au niveau de la main gauche : on ne note qu'une discrète sécheresse des commissures et de la face palmaire des premières phalanges sans fissures pulpaire.
- 3) - La face dorsale des mains et les ongles sont respectés. Il n'est pas fait mention dans l'observation de l'existence d'une ischémie unguéale lors de l'extension des doigts.
- 4) - L'examen dermatologique révèle par ailleurs un aspect blanchâtre de mycose interdigitale au niveau du dernier espace du pied droit mais le prélèvement et la culture n'ont pas été pratiqués.

III - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

Tous les tests épicutanés et intradermiques se sont révélés être négatifs.

IV - EVOLUTION. -

Aucune tendance à la rémission des lésions n'a été notée depuis le début de l'affection en dépit d'arrêts de travail correspondant aux vacances de la malade.

V - TRAITEMENT. -

La malade est mise dans le service à un traitement local comprenant du baume du commandeur et une pommade antiseptique.

Aucune amélioration ne s'étant manifestée au bout de trois semaines, un traitement à base de topiques cortisonés est entrepris dont l'efficacité demeure incertaine, la malade ayant été perdue de vue.

./...

OBSERVATION N° 13

--:--:--:--:--:--:--:--:--

Madame S. - 38 ans - Sans profession.

I - ANTECEDENTS. -

1) - Personnels :

allergiques : urticaire récidivante dans l'enfance, disparue spontanément à 17 ans.

Rhinite allergique - disparue à 24 ans.

médicaux : tendance aux angines récidivantes.

chirurgicaux : traumatisme cervical à l'âge de 28 ans avec rachialgies persistantes à titre de séquelle.

2) - Familiaux : aucun antécédent particulier.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

L'affection remonte à trois ans, marquée par l'apparition au niveau de la pulpe de l'index droit d'une dermite d'abord sèche puis rapidement fissuraire s'étendant progressivement pour aboutir à l'état actuel.

III - ETAT ACTUEL. -

La pulpe du pouce, de l'index et du majeur droits ont perdu leur souplesse et leur élasticité. L'épiderme, sec, est légèrement kératosique et fendu de profondes crevasses. Les lésions s'étendent sur un mode simplement kératosique à toute la face palmaire de l'index et du majeur et déborde légèrement sur les faces latérales de ces mêmes doigts.

La dermatose s'accompagne de troubles sensitifs à type d'élancements pulsatiles des extrémités des doigts, évoluant par crises imprévisibles et dont l'apparition est contemporaine à celle de l'affection cutanée.

L'ischémie du lit unguéal est très nette au niveau des dix doigts en position d'extension.

./...

I - ANTECEDENTS. -

La malade présente personnellement une rhinite chronique tandis qu'une de ses soeurs souffre d'asthme vrai.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

Apparition il y a deux ans d'un erythème prurigineux avec fissuration de l'épiderme, intéressant les pulpes du pouce, de l'index et du majeur de la main droite.

III - LORS DE L'EXAMEN. -

La dermite s'est étendue à toutes les pulpes de la main droite débordant sur les faces palmaires et dorsales des doigts au niveau desquelles on note une nette vésiculation et un prurit tenace.

Les ongles sont anatomiquement respectés mais l'ischémie unguale ne fait pas défaut.

La malade souffre par ailleurs de crises de fourmillements au niveau des doigts, déclenchées par le froid mais ne s'accompagnant pas des accès vasoconstrictifs caractéristiques du syndrome de Raynaud.

L'examen dermatologique ne révèle aucune autre affection cutanée.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

1) - Pouvoir histaminopexique est abaissé : 1/20ème

2)-Radio cervicale est normale.

3)-Les tests épicutanés sont négatifs

intradermiques : légère positivité du test à la candidine sans réaction focale.

V - EVOLUTION. -

En dépit de légères améliorations apportées par des topiques locaux aux corticoïdes, l'affection persiste depuis deux ans.

La malade est alors soumise à un traitement à base de vasodilatateurs et de topiques au goudron, mais une rechute se produit après port de gants de caoutchouc suédés.

IV - EVOLUTION. -

Depuis un an et demi que dure l'affection, celle-ci n'a jamais présenté de tendance à l'amélioration, la malade ne s'étant jamais interrompue dans ses activités.

V - TRAITEMENT. -

Basé sur les vasodilatateurs et les topiques antiseptiques permet d'obtenir un léger assouplissement des pulpes.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 17

-:-:-:-:-

Madame P. Marcelle - 28 ans - Sans profession.

I - ANTECEDENTS. -

Aurait été sujette à des crises d'asthme dans l'enfance, avec atténuation puis disparition de l'affection dans l'adolescence.

Aucun antécédent pathologique d'ordre allergique ou dermatologique n'est retrouvé parmi les collatéraux.

II - LE DEBUT DE LA MALADIE. -

Il y a un an environ apparition sans cause apparemment déclenchante d'une dermite sèche et crevassée atteignant simultanément les 5 pulpes de la main droite.

III - ASPECT DE LA DERMATOSE LORS DE L'EXAMEN. -

Les lésions qui restent cantonnées à la main droite, se sont étendues à la face palmaire de tous les doigts gagnant les espaces interdigitaux et la face dorsale des dernières phalanges. Il n'existe ni vésiculation, ni prurit.

L'examen dermatologique met par ailleurs en évidence l'existence d'eczématides erythémato-squameuses et prurigineuses du menton. ./...

Il n'existe par contre ni mycose interdigitale ni signe de psoriasis ou autre affection dermatologique.

IV - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

1) - Pouvoir histaminopexique : nul - 0%

2) - Tests :

Epicutanés : tous sont négatifs

Intradermique - à la poussière est fortement positif mais sans réaction focale.

V - EVOLUTION. -

La pulpite a guéri spontanément et totalement pendant les vacances d'été en dépit de la poursuite des travaux ménagers mais une rechute a eu lieu dans les semaines qui ont suivi le retour à Paris.

VI - TRAITEMENT. -

Les vasodilatateurs, topiques locaux à base de goudron et de corticoïdes n'ont apporté aucune amélioration.

La malade est alors soumise à une série d'injections d'allergoglobulines, mais n'est pas revue.

-:-:-:-:-

OBSERVATION N° 18

-:-:-:-:-

Madame J. Bernadette - 68 ans - sans profession.

Consulte dans le service pour une pulpite apparue depuis 1 an environ

I - ANTECEDENTS. -

La malade présente comme antécédents pathologiques, d'une part une arthrose cervicale douloureuse traitée depuis 5 ans, d'autre part l'existence d'une poussée urticarienne généralisée datant de plusieurs mois, ayant duré

huit jours environ et qui n'a jamais été suivie de rechute. Aucun antécédent pathologique familial ne peut être décelé à l'interrogatoire.

II - DEBUT DE LA MALADIE. -

Brusquement, il y a un an, à la suite d'un traitement par calcium et cortisone intramusculaire prescrits pour son arthrose cervicale, la malade voit apparaître au niveau des 5 pulpes de la main gauche une dermite érythémateuse sèche et fissuraire sans vésiculation apparente ni prurit.

En dépit de l'application de plusieurs topiques locaux dont la nature reste inconnue, la dermatose s'étend progressivement pour aboutir à l'état actuel.

III - ASPECT ACTUEL DE LA DERMATOSE. -

La malade présente ce jour, une dermite essentiellement sèche et fissuraire atteignant les 10 pulpes mais prédominant cependant au niveau de la main gauche où la dermatose a débuté. L'affection s'étend également à la face palmaire des 10 doigts et vers la partie médiane des 2 paumes sous forme d'un discret érythème à limites floues recouvert de fines squames sèches et blanchâtres.

Les faces dorsales des doigts sont respectées ainsi que les ongles.

L'ischémie unguéale en position d'extension des doigts est peu nette.

Les pulpes des doigts, qui ont gardé une certaine souplesse, ne donnent pas l'impression de rebond si caractéristique à la palpation, mais sont le siège de signes sensitifs à type de brûlure dont se plaint la patiente.

IV - UN EXAMEN DERMATOLOGIQUE PLUS APPROFONDI

révèle l'existence :

- 1) - d'une hyperkératose fissuraire et douloureuse des plantes prédominant aux points d'appui : talons et avant-pieds.
- 2) - une hyperkératose jaunâtre soulevant le bord libre des ongles des orteils
- 3) - un discret état kératosique blanchâtre du dernier espace interdigital du pied gauche

- 4) - deux placards arrondis mais mal limités, érythémateux et finement squameux au niveau du coude gauche et du genou droit ne s'accompagnant pas de prurit.

V - EVOLUTION. -

L'affection n'a fait que s'étendre depuis son apparition, sans aucune tendance à l'amélioration même pendant les vacances, au cours desquelles la malade cesse toute activité manuelle.

VI - EXAMENS COMPLEMENTAIRES. -

- 1) - Prélèvement mycologique au niveau des pieds est négatif
- 2) - Séro agglutination de l'histamine sur latex est normale : 1/640°
- 3) - Tous les tests pratiqués $\left\{ \begin{array}{l} \text{épicutanés} \\ \text{intradermiques} \end{array} \right.$ sont négatifs
- 4) - Biopsie pulpaire :

Epiderme légèrement épaissi et papillomateux.

Couche cornée orthokératosique mais inégale dans sa colorabilité avec un aspect un peu feuilleté.

Granuleuse épaissie

Dans le corps muqueux, présence de quelques foyers de spongiose avec lymphocytes. En certains points existent même de véritables vésicules sans cornées. Aucune altération des canaux sudorifères intraépidermiques.

Dans le derme, congestion assez importante avec infiltrats lymphocytaires autour des capillaires les plus dilatés.

Au total : image histologique qui est déjà presque celle d'un eczéma.

- 5) - Radio cervicale :

Clichés personnels montrant une nette arthrose cervicale avec trous de conjugaison normaux.

CHAPITRE SECOND

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

PRECEDEMENT RAPPORTEES

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Dans le chapitre suivant, nous allons dans un premier temps étudier de façon plus synthétique les observations suscitées et dans un deuxième temps, nous efforcer d'en souligner les points cliniques et paracliniques qui nous ont paru devoir retenir notre attention.

I - SYNTHESE DES OBSERVATIONS. -

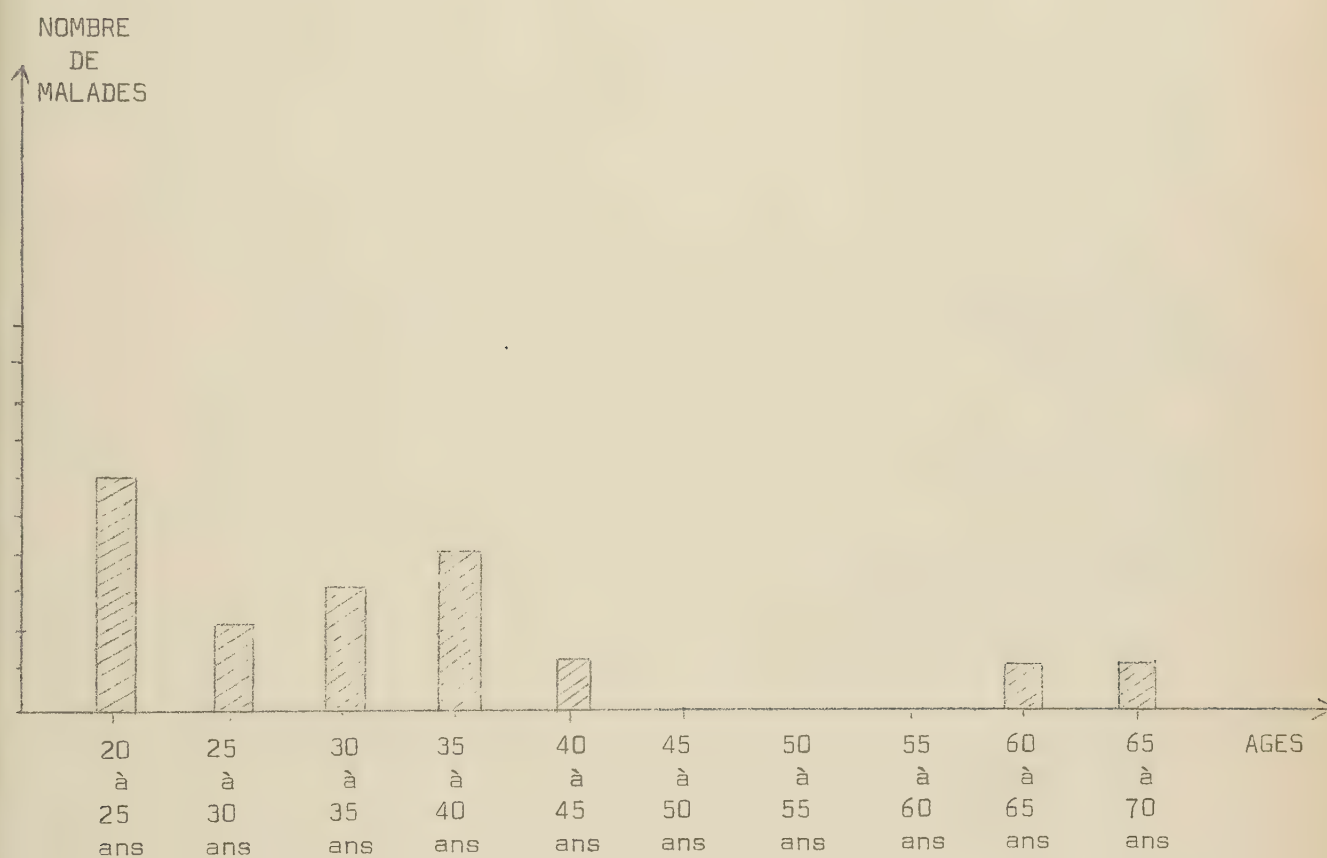
Rappelons tout d'abord que l'étude présente porte sur 18 malades.

- 1) - Sexe des malades : tous nos cas de pulpites kératosiques et fissuraires concernent exclusivement des malades de sexe féminin.
- 2) - Les professions exercées par nos patientes se répartissent comme suit :
 - 1 vendeuse en boulangerie (obs. n° 4)
 - 1 serveuse de restaurant (obs. n° 5)
 - 1 concierge (obs. n° 3)
 - 1 étudiante (obs. n° 14)
 - 1 employée de la RATP (obs. n° 8)
 - 2 secrétaires (obs. n° 9 , n° 11)
 - 2 mécanographes (obs. n° 2, n° 6)
 - 3 femmes de ménage (obs. n° 10, n° 12, n° 15)
 - 6 sans profession (obs. n° 1, n° 7, n° 13, n° 16, n° 17, n° 18)

Notons cependant que toutes effectuent les travaux ménagers habituels inhérents à l'entretien d'un foyer domestique.

- 3) - Age : Il semble n'avoir que peu d'importance dans le déterminisme de la maladie qui se répartit de façon assez régulière entre 20 et 70 ans environ.

./...



4) - Antécédents pathologiques :

a) Sur le plan personnel 7 de nos malades présentent des antécédents

d'ordre allergique :	(	8	(PHP abaissé)
4 de type cutané dont : 3 urticaires	{	13	(PHP non fait)
	{	18	(PHP <u>normal</u>)
1 eczéma de contact	(	1	(PHP abaissé)
4 de type respiratoire			
dont : 3 rhinites chroniques	(	13	(PHP non fait)
	{	15	(PHP abaissé)
	{	16	(PHP abaissé)
1 asthme	(	17	(PHP abaissé)
3 malades souffrent de cervicalgies	(	7	Radio cervicale anormale discrète arthrose - trous de conjugaison normaux
	{	8	Radio cervicale : Déformation de la courbure avec concavité importante
	{	18	Radios cervicales personnelles anormales : arthrose nette avec trous normaux.

b) Sur le plan familial

5 malades présentent des antécédents allergiques :

- n° 2 - un père, une fille asthmatiques (PHP abaissé)
- n° 6 - mère atteinte d'eczéma récidivant (PHP abaissé)
- soeur atteinte d'asthme
- n° 8 - père asthmatique (PHP abaissé)
- n° 15 - une soeur asthmatique (PHP abaissé)
- n° 16 - une fille sujette à des crises d'urticaire (PHP abaissé).

./...

c) Au total 9 de nos malades sur 18 possèdent des antécédents allergiques personnels ou familiaux.

Sur ces 9 cas : 7 présentent un PHP abaissé ou nul

1 présente un PHP normal

1 demandé mais non fait

d) Sur les 9 malades sans antécédents allergiques

4 possèdent un PHP abaissé n° 3, 4, 10, 11
ou douteux

2 possèdent un PHP normal n° 5, 9

3 le PHP n'a pas été pratiqué n° 7, 12, 14

e) En définitive :

Sur 18 pulpites kératosiques et fissuraires, nous trouvons :

11 malades ayant un PHP abaissé ou nul

Sur ces 11 malades, 7 possèdent des antécédents allergiques

4 en sont indemnes.

Abstraction faite des 4 malades chez lesquelles le PHP n'a pu être pratiqué nous avons donc pour 14 patientes testées, 11 PHP franchement abaissés ou douteux.

5) Circonstances d'apparition de la dermatose :

Elles se répartissent comme suit :

- dans 12 cas, l'affection dermatologique apparaît inopinément sans circonstance déclenchante

obs.n° 2, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17

- dans 2 cas, la pulpite apparaît au cours d'une grossesse

obs.n° 1 et /

- dans 1 cas, apparition à la suite d'une "grosse contrariété" d'ordre affectif

obs. n° 9

./...

- dans 1 cas, la pulpite apparaît à titre de séquelle d'une poussée de dysidrose de la paume des mains
obs. n° 14
- dans 1 cas, l'affection apparaît régulièrement au début de chaque hiver
obs. n° 4
- dans 1 cas enfin, la dermatose semble déclenchée par un traitement à base de cortisone et de calcium intra musculaires prescrits pour une arthrose cervicale
obs. n° 18

Au total, 6 malades sur 18 seulement ont vu leur pulpite apparaître dans des circonstances particulières.

Les conditions d'apparition sont donc peu nombreuses et trop variées pour que l'on puisse en tirer des conclusions précises.

6) Localisation primitive et aspect de la dermatose à son début :

- a) Dans la grande majorité des cas, puisque ceci concerne 13 malades, la dermatose a débuté au niveau des pulpes des doigts.

L'aspect clinique de l'affection est également remarquable par sa constance : il s'agit en effet au tout début, de lésions épidermiques discrètes avec simple dessèchement et kératose minime sur fond érythémateux imprécis dans ses limites et surtout très inconstant. Il n'existe jamais dans ce cas, ni vésicules ni vésiculopustules. A cet état fait suite, plus ou moins rapidement, l'apparition de fissures eutanées variables dans leur profondeur; parfois réduites à une simple dépression linéaire de l'épiderme sans véritable rupture de celui-ci; parfois, au contraire, prenant le masque de profondes crevasses douloureuses, très

./...

mal supportées par les ménagères appelées sans cesse aux travaux manuels.

Il nous paraît également important d'insister sur le point suivant : sur ces 13 malades, 11 sont droitières et ont vu leurs lésions débiter au niveau des pulpes de la main droite ; 1 est gauchère et les lésions sont apparues à la main gauche.

Pour ce qui est de la treizième malade, le fait n'a malheureusement pas été précisé (obs. n° 18).

b) En ce qui concerne les 5 malades dont les lésions ont débuté ailleurs qu'aux pulpes des doigts, nous noterons au contraire une plus grande diversité tant dans la localisation primitive que dans l'aspect initial de la dermatose :

- obs. n° 3 : placard eczématiforme érythémato-vésiculeux et prurigineux de l'éminence thénar droite
- obs. n° 9 : placard mal limité kératosique et fissuraire de l'éminence thénar droite
- obs. n° 6 : placard arrondi érythémato-squamo-fissuraire non prurigineux au niveau de la paume de la main droite
- obs. n° 14 : poussée de dysidrose suivie de desquamation au niveau de la paume des deux mains
- obs. n° 11 : périonyxis légèrement kératosique et prurigineux au niveau de l'index droit.

7)- Aspect clinique de l'affection à la phase d'état :

Nous ne reviendrons pas en détail sur l'aspect clinique de la dermatose qui est à peu de chose près celui du début de l'affection, si ce n'est pour insister sur quelques points particuliers. A savoir :

./...

- a) La perte de la souplesse et de l'élasticité cutanée au niveau des pulpes qui se laissent assez profondément déprimer à la palpation et ne reviennent que tardivement et par à-coups à leur position initiale donnant cette impression de "rebond" si caractéristique, dite "en balle de ping-pong".
- b) L'existence dans la quasi totalité des cas d'une bande transversale d'ischémie unguéale bien visible lors de l'extension des doigts les plus atteints. Le défaut de vascularisation semble imputable non pas à des troubles circulatoires périphériques mais bien à une action purement mécanique. En effet, en position d'extension, l'épiderme pulpaire qui rappelons le est devenu "rigide", exerce une traction sur les bords latéraux de l'ongle, comprimant ainsi le lit ungueal. Il existe une difficulté à l'extension complète des doigts atteints, difficulté que les malades rapportent d'ailleurs spontanément à une sensation de "rétrécissement" cutané des pulpes.
- c) L'aspect toujours majoré des lésions au niveau des pulpes où les crevasses sont très fréquentes, alors que l'extension de la dermatose à la face palmaire des doigts, qui est courante, se fait généralement en decrescendo sur un mode légèrement kératosique qui s'estompe progressivement sans limites précises au fur et à mesure qu'on se rapproche de la paume.
- d) L'inconstance des signes sensitifs subjectifs qui se traduisent diversement par des sensations à type de prurit, de cuisson ou d'élancements pulsatiles des extrémités évoluant alors par crise.

Par contre, la quasi totalité des malades se plaint de la perte de la sensibilité tactile fine par épaissement et kératose des pulpes qui "accrochent" les étoffes, les bas, etc... prenant ainsi un caractère aussi gênant qu'agaçant dans les petits gestes de la vie quotidienne.

8) Association de la pulpite à d'autres lésions dermatologiques :

7 de nos malades présentent d'autres manifestations cutanées associées à la pulpite, à savoir :

a) Dans 4 observations nous relevons un aspect d'intertrigo interdigital blanchâtre au niveau des orteils

- dans 2 cas le prélèvement et la culture sur milieu de Sabouraud sont restés négatifs :

obs. n° 3 où l'on note la coexistence de verrues vulgaires
du dos des mains

obs. n° 5

- dans les 2 autres cas les explorations paracliniques n'ont pas été pratiquées :

obs. n° 2 et 12.

b) dans 1 cas, association de lésions ichtyosiformes des membres inférieurs

obs. n° 8

c) dans 1 cas : éczématides érythématosquameuses et prurigineuses du menton

obs. n° 17 (antécédents d'asthme
(PHP diminué
(poussières (+++ à la lecture précoce)

d) dans 1 cas enfin lésions psoriasiformes associant :

- hyperkératose fissuraire des talons et de la voûte plantaire
au niveau des avant-pieds ./....

- aspect blanchâtre d'intertrigo interdigital dont le prélèvement et la culture sur milieu de Sabouraud sont négatifs
 - Placards érythémateux et finement squameux non prurigineux du coude gauche et du genou droit
- obs. n° 18

9) Examens complémentaires :

- a) Nous ne reviendrons pas sur l'étude du pouvoir histaminopexique du sérum qui a été traitée dans le sous-chapitre relatif aux antécédents de nos malades. (q s p. 32)
- b) En ce qui concerne l'étude d'anomalies radiologiques de la colonne cervicale, sur 11 clichés pratiqués à titre systématique,
- 8 sont absolument normaux : obs. N° 1, 2, 9, 10, 11, 14, 15, 16
 - 2 objectivent une arthrose plus ou moins importante sans atteinte des trous de conjugaison : obs. n° 7 (32 ans) - n° 18 (68 ans)
- arthrose d'ailleurs suspectable à l'interrogatoire sur l'existence de cervicalgies
- 1 met en évidence une déformation nette de la courbure cervicale avec concavité antérieure importante s'accompagnant également de manifestations cliniques douloureuses : obs. n° 8 (32 ans).

Au total, 3 malades sur 11 seulement présentent des anomalies radiologiques de la colonne cervicale, anomalies accompagnées par des cervicalgies sur le plan clinique.

c) Enquête allergologique par tests épicutanés et intradermiques.

1. Rappelons tout d'abord la façon dont il a été procédé aux différents tests pratiqués chez nos malades.

./...

* Les tests épicutanés ont été faits selon la méthode des "patch-tests".

Ils permettent de détecter une éventuelle hypersensibilité acquise ou allergie de contact. La positivité de ce type de test se traduit par la reproduction volontaire de lésions d'eczéma dues à l'application, en une zone limitée des téguments du malade, de la substance suspectée comme allergisante lors de l'interrogatoire.

Les tests doivent être pratiqués, et ceci est une règle générale, en période d'accalmie de la dermatose préexistante.

La lecture de ce type de test s'effectuant au bout de 48 h.

Deux séries de tests épicutanés ont été pratiquées :

- une première série systématique comprenant :

bichromate	eau de Javel
Savon de Marseille	caoutchouc
paraphénylène diamine	térébenthine
nickel	cobalt

- une deuxième série variant selon les différents produits ménagers, cosmétiques, professionnels voire thérapeutiques, employés par chaque malade.

Les résultats obtenus sont dans un sens assez surprenants. Il était en effet légitime de penser qu'un certain nombre des pulpites observées pouvait être lié à un eczéma de contact acquis par nos patientes manipulant journellement des produits ménagers multiples dont le potentiel allergisant de certains est bien connu.

Or, dans 15 de nos cas tous les tests épicutanés effectués se sont révélés absolument négatifs. Seules, deux de nos malades, obs. n° 7
./...

et 11 ont présenté des tests positifs à la paraphénylène dianine

* Les tests intradermiques permettent :

- d'une part l'étude de l'hypersensibilité immédiate de type humoral la lecture s'effectuant alors au bout de 15 à 30 minutes. La positivité du test se traduit, dans ce cas, par l'apparition au point d'injection d'une papule de type urticarien, ortiée, blanchâtre entourée d'une aréole érythémateuse plus ou moins importante parfois prurigineuse.
- d'autre part, l'étude de la réaction tissulaire retardée, la lecture du test s'effectuant alors au bout de 48 h. La positivité du test se traduit dans ce cas par la présence d'une papule érythémateuse visible et palpable plus durable.
- Soulignons la valeur, dans ce type de test d'une poussée focale reproductible, c'est à dire d'une recrudescence ou, au contraire, d'une amélioration temporaires, des lésions eczémateuses dont le malade était porteur.
- Certains tests intradermiques ont été pratiqués à titre systématique.

A savoir :

vaccin antipyogène

trichophyton

epidermophyton

candidine

d'autres, tels que poussières, moisissures, plumes, poils et coetera n'ont été exécutés, qu'orientés par l'interrogatoire et en particulier par l'existence d'antécédents allergiques d'ordre respiratoire.

./...

Les résultats que nous avons obtenus se répartissent comme suit :

Sur 17 malades : 6 ont présenté des séries de tests intradermiques totalement négatifs

11 ont présenté différents tests positifs : à savoir :

	<u>lecture</u> <u>précoce</u>	<u>lecture</u> <u>tardive</u>	<u>Rappel</u>	<u>Poussée</u> <u>focale</u>
<u>obs. n° 2</u>				
trichophyton	++	0	(intertrigo prélèvement non fait PHP 1/40 fille + père asthmatiques	0
<u>obs. n° 3</u>				
candidine	+++	+	(intertrigo prélèvement (-)	
moisissures	++	0	(PHP 1/80 aucun antécédent allergique	0
vaccin. antipyogène:	+	0		
<u>obs. n° 4</u>				
candidine	0	+	(pas d'intertrigo PHP nul : 0%	0
vaccin antipyogène	0	+	(aucun antécédent allergique	
<u>obs. n° 5</u>				
candidine	0	+	(intertrigo	
trichophyton	0	+	(culture (-) PHP normal 25%	0
			(aucun antécédent allergique	
<u>obs. n° 7</u>				
candidine	++	0	(pas d'intertrigo	
moisissures	++	0	(PHP non fait aucun antécédent allergique	0
				./...

	<u>lecture précoce</u>	<u>lecture tardive</u>	<u>Rappel</u>	<u>Poussée focale</u>
<u>obs. n° 8</u>				
candidine	0	++	{ pas d'intertrigo	
poussières	++	0	{ PHP nul 0%	0
			{ urticaire récidivante	
			{ père : asthme	
<u>obs. n° 11</u>				
candidine	0	+	{ pas d'intertrigo	
			{ PHP 1/40ème	0
			{ aucun antécédent aller- gique	
<u>obs. n° 14</u>				
candidine	++	+	{ antécédent d'intertrigo	
			{ PHP non fait	0
			{ aucun antécédent aller- gique	
<u>obs. n° 15</u>				
candidine	0	+	{ pas d'intertrigo	
			{ PHP 1/20ème	0
			{ rhinite chronique	
			{ 1 soeur asthmatique	
<u>obs. n° 16</u>				
candidine	++	++	{ pas d'intertrigo	
vaccin antipyogène	+	+	{ PHP 1/80	
moisissures	++	0	{ rhinite chronique disparue à 12 ans	0
			{ un enfant:urticaire	
<u>obs. n° 17</u>				
poussières	+++	0	{ PHP nul 0%	0
			{ asthme de l'enfance	

./...

Au total, d'après le tableau précédent groupant 11 malades avec tests intradermiques positifs nous pouvons souligner :

1. l'absence constante de poussée focale
2. l'existence de 9 tests positifs à la candidine, soit sur un mode précoce soit sur un mode retardé mais généralement de faible intensité
obs. n° 3, 4, 5, 7, 8, 11, 14, 15, 16
3. l'existence de 3 tests positifs au vaccin antipyogène
obs. n° 3, 4, 16
4. l'existence de 3 tests positifs aux moisissures
obs. n° 3, 7, 16
5. l'existence de 2 tests positifs au trichophyton
obs. n° 2, 5
6. l'existence de 2 tests positifs à la poussière
obs. n° 8, 17

Il semble donc difficile de tirer des conclusions très précises de l'enquête allergologique par tests intradermiques en dehors du fait de la concordance dans certains cas, de réponses positives aux pneumallergènes chez des malades ayant des antécédents allergiques personnels ou familiaux connus.

d) Etude histologique par biopsie pulpaire.

Nous n'avons malheureusement pu pratiquer qu'un nombre très restreint de biopsies ceci s'expliquant par la réserve instinctive des malades à se prêter à un tel examen et par les difficultés rencontrées par l'opérateur à biopsier des épidermes dont la mauvaise trophicité rendait la cicatrisation très longue.

Sur 4 biopsies nous relevons :

- 2 aspects histologiques aspécifiques avec hyperkératose orthokératosique.

(obs. n° 1 et 2)

Ces deux observations possèdent en commun :

- l'existence d'antécédents allergiques personnels obs. n° 1
familiaux obs. n° 2

- un PHP diminué

- des périodes de rémission complète de la dermatose pulpaire
lors des vacances bien qu'il y ait poursuite des travaux
ménagers habituels

- rechute systématique quelques semaines après le retour à
Paris

- 2 aspects histologiques en faveur d'un eczéma avec spongiose et exocytose

(obs. n° 3 et 18)

Le seul point commun à ces 2 observations étant l'absence
de rémission de la pulpite même pendant les vacances d'été
Par contre dans ces 2 cas il n'existe aucune concordance

- tant sur l'existence d'antécédents allergiques :

obs. n° 3 aucun antécédent allergique ni personnel
ni familial

obs. n° 18 antécédent personnel d'urticaire

- que sur l'étude du pouvoir histaminopexique du sérum :

obs. n° 3 : PHP douteux

obs. n° 18 : P.H.P normal.

./...

Il ne semble donc pas y avoir de parallélisme entre les résultats histologiques et les données cliniques.

Au total :

Nous ne pouvons qu'insister sur les difficultés techniques à réaliser des examens histologiques dans les pulpites fissuraires et sur l'absence d'homogénéité des résultats obtenus.

Quoiqu'il en soit nous n'avons jamais observé les altérations des canaux sudorifères intra épidermiques décrites par Stewart dans l'acrodermatite continue d'Hallopeau

10) Evolution :

a) Evolution spontanée

- 1.) 7 de nos malades ont présenté des améliorations spontanées voire des rémissions complètes de leur affection, mais dans tous les cas, la rechute s'est produite in situ

obs. n° 4 : rémission complète à chaque printemps

obs. n° 1, 2, 9, 17 : rémission lors des vacances d'été bien que poursuivant les mêmes activités ménagères

obs. n° 11, 13 rémission lors des vacances d'été avec arrêt de toute activité ménagère.

- 2.) 8 malades n'ont jamais présenté de tendance à l'amélioration spontanée

obs. n° 3, 5, 7, 12, 14, 15, 16, 18

- 3.) Pour les 3 autres malades le fait n'a pas été précisé

obs. n° 6, 8, 10

./...

b) Evolution sous traitement

Produits employés :

sur le plan général : vasodilatateurs

cure d'allergoglobulines orientées par
la clinique

sur le plan externe : topiques antiseptiques

topiques à base de goudron et de corticoïdes

topiques cicatrisants

Résultats :

Si dans bon nombre de cas, nous avons obtenu des améliorations notables après plusieurs semaines de traitement nous n'avons jamais pu affirmer une guérison thérapeutique complète et définitive.

Les pulpites kératosiques et fissuraires apparaissent donc comme particulièrement chroniques et rebelles aux thérapeutiques usuelles.

II - POINTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES A SOULIGNER. -

- Affection dermatologique frappant électivement le sexe féminin, la pulpite kératosique et fissuraire semble indépendante de l'âge et des professions exercées par nos malades, le seul point commun étant l'exercice de travaux ménagers quotidiens.

- Dans la grande majorité des cas, l'affection apparaît sans cause déclenchante; parfois un processus endocrinien (grossesse) psychologique ou physique (temps froid) semble en précéder l'éclosion.

- Il est à noter la fréquence des antécédents allergiques personnels ou familiaux révélés par l'interrogatoire, fait corroboré.../...

d'ailleurs par un pourcentage élevé de pouvoirs histaminopexiques du sérum abaissés alors que l'enquête allergologique par tests épicutanés démontre la rareté des eczémas de contact dans cette affection.

- Sur le plan clinique, ce type de pulpite se caractérise

1. par son début au niveau des pulpes de la main la plus active où les lésions sont toujours les plus intenses
2. par son aspect très discret au tout début, aggravé plus ou moins rapidement par l'apparition de crevasses douloureuses.

A la période d'état elle associe un érythème inconstant à limites imprécises, un dessèchement de l'épiderme pulpaire qui perd sa souplesse, l'existence de fissures cutanées quasi constantes à un moment donné de l'évolution.

Au niveau des doigts les plus atteints on peut noter deux signes caractéristiques :

- une sensation de "rebond" à la pression des pulpes dite signe de la balle de ping-pong
- l'existence d'une bande transversale d'ischémie ungueale lors de l'extension complète des doigts

3. par la diminution de la sensibilité tactile fine liée à l'épaississement et à la kératose des extrémités digitales
4. par l'extension fréquente des lésions aux autres pulpes et à la face palmaire des doigts voire à la paume, sur un mode alors plus discret à type de simple sécheresse cutanée
5. par l'association possible mais très inconstante à d'autres manifestations cutanées pathologiques.

./...

- Sur le plan des examens paracliniques :

1. La part des anomalies de la colonne cervicale dans la genèse de l'affection semble des plus réduites.
2. L'examen histologique par biopsie des pulpes se révèle difficile sur le plan technique mais semble présenter un certain intérêt pronostic dans la mesure où il nous a permis d'individualiser 2 modes évolutifs de la dermatose :

- forme histologique atypique avec rémission spontanée
- forme à type d'eczéma sans rémission spontanée.

Nous nous efforçons actuellement de multiplier ces examens anatomo - pathologiques dans l'espoir de confirmer notre hypothèse et de découvrir peut-être d'autres types histologiques de pulpite.

- L'évolution enfin est remarquable par sa chronicité désespérante et sa résistance aux thérapeutiques usuelles.

Ce fait a d'ailleurs été déjà souligné par

COUGEROT H. (bib. n° III)

DEGOS R. (bib. n° II)

qui ont tous deux décrit une dermite des extrémités digitales superposable cliniquement à la pulpite kératosique et fissuraire en l'intégrant dans les formes sèches continues de l'acrodermatite d'Hallopeau.

CHAPITRE TROISIEME

— : — : — : — : — : — : — : — : — :

ETIOPATHOGENIE

— : — : — : — : — : — : — : — : — :

Quelles déductions étiopathogéniques pouvons-nous tirer de l'étude de nos 18 cas de pulpites kératosique et fissuraire ?

I - EXCEPTIONNELLE SEMBLE ETRE LA NATURE PSORIASIQUE de ce type de pulpites; que cette dernière s'intègre :

1. - Soit dans le cadre d'un psoriasis typique. En sa faveur plaiderait l'observation n° 9

- apparition de la pulpite à la suite d'une vive contrariété d'ordre affectif
- son évolution avec rechute brutale et indiscutable après un nouveau choc affectif
- l'aspect psoriasiforme des lésions primitives à type de placard kératosique et fissuraire non prurigineux de l'éminence thénar droite
- le pouvoir histaminopexique du sérum normal
- la négativité des tests épicutanés et intradermiques.

2. - Soit dans le cadre de manifestations psoriasiformes moins caractéristiques à savoir (obs. n° 18) l'existence :

- placards érythémateux, finement squameux du coude gauche et du genou droit
- hyperkératose fissuraire et douloureuse des plantes des pieds prédominant aux points d'appui
- aspect d'intertrigo blanchâtre interdigital identique à celui observé dans les observations n° 3 et 5, dont l'origine mycosique

./...

n'a pu être affirmée par les examens paracliniques. Ces lésions paraissent devoir être assimilées aux formes atypiques de psoriasis décrites par A.BAZEX (Bib. I) sous le nom de psoriasis blanc interdigital.

II - TOUT AUSSI RAREMENT, LA PULPITE POURRAIT ETRE ASSIMILEE A UN ECZEMA DE

CONTACT, en dépit de 2 tests positifs à la paraphénylène diamine (obs. n° 7 et 11).

En effet :

1. - Les lésions pulpairees sont avant tout de type orthoergique sans vésicules ni prurit
2. - les arrêts de contact ne sont suivis que très inconstamment d'amélioration de la dermatose
3. - la grande majorité des tests épicutanés pratiqués sont demeurés totalement négatifs.

III - PAR CONTRE, EN CE QUI CONCERNE LA FREQUENCE DU TERRAIN ATOPIQUE

Nous relevons les éléments suivants :

1. - La fréquence des antécédents allergiques personnels retrouvés chez nos malades, qu'il s'agisse d'asthme, d'urticaire ou de rhinite chronique
2. - La fréquence des pouvoirs histaminopexiques du sérum anormaux
 - concordant dans certains cas avec l'existence d'antécédents allergiques
 - isolés au contraire dans d'autres cas, et l'on est alors en mesure de se demander si la pulpite kératosique et fissuraire n'est pas une manifestation atopique à minima

./...

- quoiqu'il en soit rappelons que 11 sur 14 de nos malades explorées possèdent un PHP anormal. Or, en se referant aux travaux de M. HURIEZ (Bib. IV) relatifs à l'étude du PHP au cours de différentes dermatoses, nous constatons que :

- a) - au cours des dermatoses allergiques de type humoral (eczéma constitutionnel) 90% des PHP sont abaissés
- b) - au cours des eczémas de contact : 33% des PHP sont abaissés
- c) - au cours des dermatoses réputées non allergiques (microbiennes, dysmétaboliques, etc...) 17% des PHP sont abaissés
- d) - chez les donneurs de sang sélectionnés pour leur absence d'antécédents pathologiques : 4% seulement des PHP sont abaissés.

En se basant sur les pourcentages ci-dessus mentionnés, nos résultats personnels paraissent devoir être rapprochés avant tout de ceux obtenus dans les dermatoses allergiques de type humoral

- 3. - L'existence d'un cas de pulpite avec état ichtyosiforme des membres inférieurs quand on sait que l'association eczéma atopique et ichtyose est loim d'être rare.
- 4. - Le rôle aggravant des modifications climatiques, l'eczéma constitutionnel de type atopique subissant fréquemment des variations d'intensité rythmées par les saisons.
- 5. - Le rôle néfaste des micro agressions locales, particulièrement important chez nos malades dont les activités manuelles sont constantes et journalières.

Il permettrait peut être d'expliquer la localisation élective de la dermatose au niveau de la main la plus active.

./...

Parmi les microtraumatismes permanents des pulpes, qu'ils soient thermiques ou caustiques, nous voudrions faire une place particulière à la "dureté" de l'eau à laquelle on ne pense peut être pas assez. En effet, nous avons eu connaissance d'une observation indiscutable de pulpite kératosique et fissuraire qui n'a pu être rapportée dans cet ouvrage et dont la guérison apparemment stable a été obtenue par la simple installation d'un adoucisseur d'eau, sans qu'aucun traitement local ou général n'ait été instauré. Ce fait méritait d'être souligné quand on sait les difficultés majeures du traitement de ce type de pulpite.

Au total, il semble, ainsi que l'a déjà souligné A. KAMINSKY (Bib. V) que la pulpite kératosique et fissuraire doit être considérée comme un syndrome dont les étiologies diverses suscitées ne sont peut être pas les seules. Un examen clinique soigneux et des explorations paracliniques qui restent à approfondir permettent dans certains cas de s'orienter plus précisément vers une de ces étiologies.

C O N C L U S I O N S

--:--:--:--:--:--:--:--:--

Affection devenue de plus en plus fréquente en dermatologie journalière depuis quelques années, la pulpite kératosique et fissuraire atteint électivement les ménagères et ce, indépendamment de leur âge ou de leur profession éventuelle.

Apparue le plus souvent de façon inopinée, elle réalise au début une dermatose discrète à type de simple sécheresse d'une ou de plusieurs pulpes de la main la plus active. A cet état, fait suite plus ou moins rapidement l'apparition de fissures puis de crevasses douloureuses localisées électivement au niveau des pulpes, tandis que les lésions tendent à gagner les autres doigts, voire la paume des mains, mais prédominant toujours où elles ont débuté.

A la phase d'état est réalisée une pulpite kératosique et fissuraire inconstamment érythémateuse caractérisée par la perte de la souplesse et de l'élasticité de l'épiderme pulpaire à laquelle sont liés le signe de la balle de ping-pong et l'existence d'une bande d'ischémie unguéale lors de l'extension des doigts les plus atteints. Hormis les douleurs occasionnées par les crevasses cutanées, la dermatose est particulièrement gênante par la diminution de la sensibilité tactile qu'elle entraîne.

Sur le plan évolutif, cette affection est définie par sa chronicité et son caractère particulièrement rebelle aux thérapeutiques usuelles.

Elle semble enfin devoir être considérée comme un syndrome d'étiologies multiples, survenant fréquemment sur un terrain atopique qui semble nettement prédisposant à ce type de pulpite.

./...

Au total, cette affection des pulpes digitales mérite un intérêt tout particulier pour l'invalidité permanente qu'elle entraîne et l'on peut espérer qu'une meilleure connaissance de l'aspect clinique de ce syndrome à son début permettra un diagnostic plus précoce et une thérapeutique mieux appropriée à chaque cas.

—:—:—:—:—:—:—:—:—:

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur R. DEGOS

Professeur E. FOURNIER

Vu et Permisi d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Robert MALLET.

Keratodermies palmoplantaires psoriasiques a minima
G M de France. Sept. 60. Tome 75. p. 4241.

Forme sèche de l'acrodermatite continue d'Hallopeau.
Dermatologie (Flammarion) p. 369.

Formes nouvelles des acrodermatites
Archives de dermatologie et de syphiligraphie de l'Hôpital
Saint-Louis.
1930. Tome 2. p. 136

Lille médical 1965

Síndrome digito-cutáneo-mínimo (S.D.C.M.)
Información Dermatológica. 19 - 181. (1965).

Psoriasis ed eczema professionale
Minerva dermatologica. 40. Sup. n° 8 p. 400. 1965

[illegible]

